



INSTITUTO SUPERIOR DE CIÊNCIAS DE SAÚDE NORTE

**EPIDEMIOLOGIA DA PERTURBAÇÃO PÓS-STRESS TRAUMÁTICO EM
TRABALHADORES DA SAÚDE EM BENGUELA**

AUTORA: ANA DULO

Benguela, 2011

Instituto Superior de Ciências da Saúde do Norte

Epidemiologia da Perturbação pós-stress Traumático em Trabalhadores da Saúde em Benguela
Dissertação apresentada no Instituto Superior de Ciências da Saúde do Norte para obtenção do
grau de Mestre em Psicologia Clínica e da Saúde

Elaborada sob orientação do Professor Doutor José Carlos Rocha

Ana Dulo

Benguela, Outubro de 2011

AGRADECIMENTO

Neste momento tão importante da minha vida, não poderia deixar de agradecer, todas as pessoas que marcaram esta longa caminhada. Agradecer em 1º lugar aos meus familiares que direta ou indirectamente contribuíram para o bom êxito deste trabalho.

Aos colegas de curso, especialmente, Maria Joana Monteiro, pela força, palavras de coragem e suporte emocional nas longas horas de preparação deste trabalho.

Aos meus colegas de trabalho e Directores do Hospital Municipal de Benguela pelo apoio e confiança depositada em mim.

Ao Professor Doutor José Carlos Rocha, pela orientação preciosa, segurança transmitida ao longo deste trabalho que estive rodeado de diversas incertezas, a quem devo as palavras sábias, de força, coragem e motivação que me impulsionaram para atingir a meta.

A todos que de alguma forma deixaram a sua marca nos momentos difíceis e que contribuíram para o bom êxito deste trabalho, o meu muito obrigado!

Índice

Resumo

Abstract

Enquadramento e fundamento

Descrição da PTSD

Como avaliar?

Consequências da PTSD

Objectivos

Objectivo principal e objectivos específicos

Método

3.1 Amostra

3.2 Instrumentos

3.3 Procedimentos

3.4 Análise de dados

Resultados

Prevalência de PTSD

Prevalência de PTSD por sexos

Prevalência de história de acontecimentos difíceis

Diferenças de PTSD face aos acontecimentos

Discussão (conclusões, crítica e recomendações)

Bibliografia e Anexos

Índice de tabelas

Tabela 1-Valores descritivos da idade da amostra

Tabela 2 - Frequência de sexo na amostra

Tabela 3 – Frequência de estado civil na amostra (n=100)

Tabela 4 – Frequência face à residência (n=100)

Tabela 5 - Frequência face à Província de Naturalidade (n=100)

Tabela 6 – Valores de frequência face à profissão (n=100)

Tabela 7 – Prevalência de participantes com PTSD (n=244)

Tabela 8 – Prevalência de PTSD de acordo com o sexo

Tabela 9 – Frequência de acontecimentos por sexo e totais

Tabela 10 – Prevalência de PTSD para os participantes que foram expostos a cada um dos acontecimentos de vida

Índice de Anexos

Anexo I- Autorização para aplicação do questionário aos utentes

Anexo II – Termo de consentimento Informado

Anexo III – Questionário Sociodemográfico

Anexo IV – Questionário de acontecimentos traumáticos vivenciados ao longo da vida

Anexo V – Escala de Impacto de Eventos – Revista

RESUMO

Trata-se do primeiro estudo epidemiológico sobre a perturbação de pós-stress traumático (PTSD), na população adulta angolana (com idade superior a 18 anos). Este estudo é particularmente relevante dada a proporção da população exposta a acontecimentos traumáticos durante os 30 anos de conflito armado e problemas relativos a globalização. No contexto da saúde esta questão também é particularmente relevante dado que o equilíbrio psicossocial do profissional da saúde é importante para que este ofereça ao utente uma assistência de qualidade. Os objectivos deste estudo são quantificar a prevalência de PTSD e caracterizar as situações identificadas como causa de PTSD.

Constituíram a amostra deste estudo 250 profissionais de saúde de Benguela, 99 mulheres (39,6%) e 151 homens (60,4%), com uma idade média de 32,14 (dp=7,56). Qualquer análise que envolva pessoas é sempre muito complexa, principalmente em relação às emoções, alterações físicas e psíquicas. Desta forma, foram aplicados: um questionário de dados sócio-demográficos, um questionário adaptado de acontecimento de vida e uma escala previamente estruturada com vista a estabelecer uma categorização dos participantes com PTSD.

Verificamos uma prevalência de PTSD de 58,2%, 61,3% nas mulheres e 56,3% nos homens.

Palavra-chave: perturbação pós-stresse traumática (ptsd), prevalência, DSM-IV, Epidemiologia.

ABSTRACT

This is the first epidemiological study about the post-traumatic stress disorder (PTSD) in Angola adult population (aged over 18 years). This study is particularly relevant given the proportion of people exposed to traumatic events during the 30 years of armed conflict and problems related to globalization. Also, the psychosocial balance of professional is particularly important in health care so that it enables a high quality care. The aim of this study is to quantify PTSD prevalence and characterize the situations identified as causes of PTSD. The study sample is made of 250 health professionals Benguela, 99 women (39.6%) and 151 men (60.4%), with a mean age of 32.14 (SD = 7.56). Any analysis involving people is always very complex, especially in relation to their emotions, physical and psychological changes. Thus, we applied a questionnaire with demographic data, an adapted questionnaire about life event and a scale previously structured to establish categorization of participants with and without PTSD. We found a prevalence of PTSD of 58.2%, 61.3% for women and 56.3% in men.

Keyword: post-traumatic stress disorder (PTSD), prevalence, DSM-IV, epidemiology.

INTRODUÇÃO

O reconhecimento das situações de trauma como um facto real de risco para o equilíbrio psicológico dos indivíduos, familiares ou organizações foi tomado em consideração muito antes. A perturbação do pós- Stress Traumático foi integrada no DSM-III, em 1980, com a designação de pós-traumático stress, começando assim a ser regularmente a ser utilizado substituindo assim uma variedade de designações que coexistiam há muitos anos, relacionando assim a mesma perturbação como choque nervoso (page.1885,citado por Josef, William e Yule, 1997).

Enquanto no DSM-III O 1º critério para o desenvolvimento desta patologia era a existência de um stressor reconhecido, o DSM-III-R (APA, 1987), associa o pós-stress traumático à vivência de experiência que estavam fora do âmbito das experiências normais dos seres humanos e, por isso, raras.

Há autores que definem a era moderna como a idade da ansiedade, associado a este acontecimento psíquico, a agitada dinâmica existencial da modernidade, sociedade industrial, competitividade e consumismo desenfreado.

Os seres humanos vivem num ambiente propício a mudanças e alterações que muitas vezes é percebida como desafiadora, ameaçadora ou lesiva ao equilíbrio dinâmico que ocasiona

O estado de stress. A adaptação consiste em como a pessoa ira enfrentar o problema, exigindo uma modificação na estrutura organizacional da mesma.

O risco de exposição a trauma tem feito parte da condição humana desde a evolução como espécie. Ataques de tigres de dentes de sabre ou de terroristas do século vinte provavelmente produziram sequelas psicológicas semelhantes nos sobreviventes de tal violência.

Heróis e heroínas em toda a literatura mundial parecem ter preenchido os critérios de Transtorno do stress Pós-Traumático ao longo de toda nossa história.

Ao mesmo tempo em que a exposição à violência urbana tem aumentado, regista-se um aumento dos casos de Transtorno por Pós- stress Traumático e, concomitantemente, um aumento na incidência de Transtorno Depressivo Maior. Conquanto não esteja claro se a Depressão Maior predispõe ao desenvolvimento de Transtorno por Pós-stress Traumático ou se, ao contrário, o Transtorno por pós-stress traumático baixa a resistência à doença depressiva, a Depressão e o Transtorno por stress Pós-Traumático são, frequentemente, encontrados juntos.

Há hipóteses bastante convincentes de que a doença depressiva baixa a capacidade da pessoa se adaptar e suportar os efeitos de um trauma severo. Nas últimas décadas tem havido um aumento da prevalência do Transtorno por stress Pós-Traumático, com taxas mais altas ainda entre

adolescentes e adultos jovens. O aumento da prevalência implica num aumento real da ocorrência de Transtorno por stress pós-Traumático durante o tempo de vida da pessoa (Ballone GJ, 2002).

Na realidade, os prejuízos determinados pelos acidentes da vida em sociedade ultrapassam em muito os números de mortos ou as perdas materiais. Esses outros prejuízos não aparecem nos números “oficiais” e dizem respeito à pessoa humana, ao prejuízo emocional do ser humano comum.

Como a violência urbana e a agressão interpessoal constituem ameaça à vida, à integridade física e à sensação de segurança das pessoas de forma quotidiana, a resposta emocional das pessoas sob a forma de Transtorno por stress Pós-Traumático começa a se tornar uma ocorrência frequente. Trata-se dos transtornos emocionais desencadeados pelo esforço adaptativo do indivíduo ao seu meio e, quanto mais hostil for esse meio, maiores as probabilidades de transtornos emocionais.

A ideia do Transtorno por stress Pós-Traumático é um conceito desenvolvido a partir de 1980, nas classificações internacionais (CID-10 e DSM-IV), que permitiu unificar uma série de categorias de transtornos emocionais relativos a acontecimentos traumáticos anteriormente dispersos na classificação psiquiátrica.

1-Enquadramento e Fundamento do estudo

No século XIX, entretanto, diversos psiquiatras e neurologistas já reconheciam os sintomas característicos do actual Transtorno por stress Pós-Traumático, incluindo o quadro dentro da neurose histérica ou de conversão. Em 1920, Freud definiu o conceito de Trauma Psíquico sofrido pelos ex-combatentes como uma espécie de “ruptura da barreira aos estímulos”. “Algumas pessoas, quando expostas a situações inesperadas, não conseguem tirar as ‘cenas’ da cabeça e podem, por exemplo, até chegar a reviver as sensações de sofrimento do momento do atentado ou acidente”,

Que o medo mata não é nenhuma metáfora: sete israelitas faleceram de terror durante a Guerra do Golfo. Só dois perderam a vida por culpa dos mísseis. Que os actos de violência, em qualquer de suas formas (guerra, atentados, violação, etc.), são o câncer da alma também está sobejamente documentado: 60% das vítimas directas ou indirectas (familiares, testemunhas, etc.) corre o risco, ao longo de toda sua vida, de sofrer um transtorno psíquico. A percentagem da população geral com este mesmo risco é de apenas 20%.

Entretanto, e apesar destas e outras constatações sobre os efeitos da violência na saúde mental e de que a história da humanidade está marcada por crimes, os especialistas continuam buscando

as fórmulas mais eficazes para evitar que as pessoas que sofrem este tipo de catástrofe acabem desenvolvendo algum transtorno psíquico nas vítimas"....

O interesse pelo estudo do stress no trabalho tem sido crescente na literatura científica, particularmente nos últimos tempos. O impacto negativo ocupacional na saúde foi uma razão para o aumento de pesquisas nesta área no bem-estar dos empregados e, conseqüentemente no funcionamento e na efectividade das organizações. Na economia, o impacto negativo dessa variável tem sido subestimado pois que trabalhadores stressados diminuem o seu desempenho aumentando os custos das organizações com os problemas de saúde e do absentismo.

Stress como síndrome geral de adaptação (Selye, 1936), ou conjunto de reacções do organismo a agressão de ordem física, psíquica, infecciosa e outras, capazes de perturbar o homem. (Ferreira, 1975). Deste modo, ocorrem modificações fisiológicas subjacentes aos estados de medo, fome, dor, raiva caracterizadas pela secreção adrenalina de emergência (Cannon, 1920).

A relação de um organismo e o seu ambiente consiste em grande parte, numa interacção cumulativa. Nas suas palavras (Hinkle, 1987) 'não pode haver dúvida de que a forma e a estrutura das sociedades humanas, suas instituições e suas práticas afectam a natureza e várias doenças que ocorrem entre os seus membros. Os mecanismos através dos quais isto acontece, são complexos, múltiplos e interactuastes. O stress psicológico, é apenas uma pequena parte deles (Hinkle, 1987).

1.1-Descrição de PTSD

A PTSD é a única doença psiquiátrica cujo diagnóstico exige que um factor de stress específico preceda o seu aparecimento. É caracterizada por sintomas que se desenvolvem a seguir a exposição a uma situação de trauma psicológico a que a pessoa reage com medo intenso, horror ou desespero (Albuquerque et al, 2003).

Esta experiência traumática pode também trazer conseqüências positivas, como por exemplo a reorganização da vida pessoal, dos seus valores e objectivos.

Os sintomas de PTSD dividem-se em três categorias:

- 1-Re-experiência do acontecimento traumático (em pesadelos ou durante o estado de vigília),
- 2-Evitância sistemática dos estímulos associados com o trauma houve esfriamento da capacidade de resposta emocional,
- 3-Sintomas recorrentes devido a hiperactividade neurovegetativa;

A PTSD aparece quase sempre logo após à exposição ao trauma e em cerca de metade dos casos prolonga-se para além de três meses (fase crónica), com frequência durante anos de vida (Afonso et al.2003).

1.2- Como avaliar a PTSD

Nos instrumentos que existem para avaliar a experiência de trauma, o impacto do trauma e a presença ou não de PTSD, encontramos alguns que visam avaliar somente se o sujeito, ao longo da vida, foi exposto à experiência de trauma; outros para além das situações procuram avaliar como é que lhes respondeu; enquanto outros centram-se mais nas respostas e sintomas actuais relacionados com esse trauma (Ângela et al).

Os critérios utilizados para classificar os indivíduos como tendo PTSD relacionam a existência de acontecimentos traumáticos com a sintomatologia a estes associada, bem como a sua repercussão na vida diária do indivíduo.

Os acontecimentos que envolvem morte e | ou destruição generalizada, que são causados intencionalmente pelo homem, ou que são ameaças física graves têm uma grande probabilidade de perturbar seriamente as pessoas envolvidas e dar origem a PTSD. Por exemplo Norris e Riad (1997) apresentam 20 instrumentos estandardizados para medir a experiência de trauma e a resposta a esta experiência. No DSM-IV (APA, 1994), a definição de trauma neste manual é a seguinte: «a experiência pessoal de acontecimentos que envolvem a morte ou ferimento grave ou outra ameaça à integridade física; ou testemunhar um acontecimento que envolve a morte, ferimento ou ameaça à integridade de outra pessoa; ou ter conhecimento de uma morte inesperada ou violenta, ferimento grave ou ameaça de morte ou doença grave num familiar ou amigo próximo...A resposta da pessoa ao acontecimento tem de envolver medo intenso, impotência ou horror»

Por esta definição conclui-se que os acontecimentos que estão relacionados com o desenvolvimento de PTSD estão geralmente fora do controle da pessoa, são imprevisíveis e envolvem ferimento grave ou morte. Os vários instrumentos que avaliam a exposição das pessoas a este tipo de situações podem ser mais ou menos exaustivos quanto aos acontecimentos potencialmente traumáticos, e por isso número de itens é variado (Ângela Costa Maia e Eugénia Fernandes).

Nosologia e epidemiologia do PTSD

Como referimos antes, o PTSD enquanto entidade nosológica surgiu inicialmente no DSM-III (1980), em grande parte devido ao acumular de estudos sobre os veteranos de guerra do

Vietname. Seguindo o modelo de dois factores – oscilação entre intrusões e evitamento ou negação – para explicar as reacções de trauma desenvolvidos por Crocota (1975, 1976, 1979), no DSM-III para além da exposição ao acontecimento Ameaçadores, os critérios incluem sintomas de re-experienciação, diminuição da resposta ao mundo exterior e activação aumentada. No DSM-III-R (1997) foram introduzidas algumas alterações, nomeadamente a situação traumática foi definida como “acontecimento fora do âmbito da experiência humana normal” e os três grupos de critérios tornaram-se muito mais claros. Na revisão apresentada pelo DSM-IV (1994) foi excluída a ideia de que se tratava de uma experiência rara, e passou a ser incluída no critério A, para além da exposição a “acontecimento traumático”, a resposta da Pessoa: medo, impotência ou horror (citado por, Ângela e tal).

OS dados relativos à ocorrência de experiências traumáticas e à prevalência do PTSD são, como em relação a outras perturbações, muito variados e dependem grandemente quer da população estudada, quer dos instrumentos utilizados.

Critérios de diagnóstico para avaliação de PTSD segundo o DSM-IV (p.439)

A. A pessoa foi exposta a um acontecimento traumático em que ambas as condições estiveram presentes:

- (1) A pessoa experimentou, observou ou foi confrontada com um acontecimento ou acontecimentos que envolveram ameaça de morte, morte real ou ferimento grave, ou ameaça à integridade física do próprio ou de outros.
- (2) A resposta da pessoa envolve medo intenso, sentimento de falta de ajuda ou horror.

EPIDEMIOLOGIA DA PTSD E AVALIAÇÃO DA RESPOSTA AO TRAUMA

B. O acontecimento traumático é reexperienciado de modo persistente de um ou mais dos seguintes modos:

- (1) lembranças perturbadoras intrusivas e recorrentes, do acontecimento que incluem Imagens, pensamentos ou percepções.
- (2) sonhos perturbadores recorrentes acerca do acontecimento
- (3) actuar ou sentir como se o acontecimento traumático estivesse a recorrer (inclui a sensação de estar a reviver a experiência, ilusões, alucinações e episódios de *flashback* dissociativos, incluindo os que ocorrem ao acordar ou quando intoxicado).
- (4) mal-estar psicológico intenso com a exposição a estímulos internos que simbolizem ou se assemelhem a aspectos do acontecimento traumático.

(5) reactividade fisiológica quando exposto a pistas internas ou externas C. evitamento persistente dos estímulos associados com o trauma e embotamento da reactividade geral (ausente antes do trauma), indicada por três (ou mais) dos seguintes sintomas:

- (1) Esforços para evitar pensamentos, sentimentos ou conversas associadas com o trauma
- (2) Esforços para evitar actividades, lugares, ou pessoas que desencadeiam lembranças do trauma
- (3) incapacidade para lembrar aspectos importantes do trauma
- (4) interesse fortemente diminuído na participação em actividades significativas
- (5) sentir-se desligado ou estranho em relação aos outros
- (6) gama de afectos restringida (por exemplo, incapaz de gostar dos outros)
- (7) expectativas encurtadas em relação ao futuro (não esperar ter uma carreira, casamento, filhos ou um desenvolvimento normal de vida)

D. Sintomas persistentes de activação aumentada (ausentes antes do trauma) indicados por dois (ou mais) dos seguintes:

- (1) dificuldade em adormecer ou em permanecer a dormir
- (2) irritabilidade ou acessos de cólera
- (3) dificuldade de concentração
- (4) hipervigilância
- (5) resposta de alarme exagerada

1.3-Consequências da PTSD

Durante muitos anos pensava-se a PTSD como sendo restrita ao campo específico do trauma de guerra, hoje tem vindo a ser cada vez mais evidente que, afinal, a perturbação de Stress Pós-Traumático (PTSD) se estende, potencialmente, a toda a experiência humana. Sabe-se agora que esta perturbação é muito mais frequente do que se acreditava e que acontecimentos tão infelizmente banais, como os acidentes com automóveis, estão entre os mais implicados no aparecimento da PTSD. Angola não foge a regra, é um dos países com um passado com várias vicissitudes da vida tais como guerra colonial, conflito armado dos 30 anos e agora acometido também com problemas relativos a globalização. Por desgraça, a guerra submete quem a sofre a múltiplos stressores, pois além da ameaça à própria integridade física, parece que a prolongação dos efeitos do PTSD se associa mais à exposição à morte, à destruição e ao sofrimento humano (Filgueira, 1993). De facto, o conceito da PTSD está mais intimamente ligado à eraVietname do que nenhum outro fenómeno, como poderiam ser os assaltos ou desastres naturais ou provocados pelo homem (Cross, 1990).

A ideia de stress extremo (ou cataclísmico) denota um nível de impacto psicológico muito elevado, com origem num evento externo extraordinário que transborda a capacidade de assimilação e acomodação autorregulada do indivíduo (Parson, 1988). O factor que dispara o trauma é tão estranho às percepções que a vítima tem de si própria e do mundo que o rodeia que não pode ser facilmente integrado nas crenças sobre a realidade que este tem (Cross, 1990). Consequentemente, uma exposição a eventos como os que se tem descrito até aqui, conduz não só a um ilusório optimismo vital, mas o desconforto pessoal deve-se também à perda de controlo do indivíduo sobre os seus processos mentais, achando que está ficando completamente “doido” devido às alucinações e semelhanças a transtornos mentais mais graves (Cross, 1990). De um modo geral, o quadro sintomatológico característico da PTSD surge logo após o acontecimento traumatizante, embora possa decorrer um período de latência de alguns meses, ou mesmo de anos, até se começar a manifestar. Há frequentemente nos indivíduos com PTSD uma forte labilidade emocional, sentimentos de depressão os quais podem conduzir a comportamentos auto-destrutivos, abuso de substâncias como o álcool e ou drogas. Por exemplo, em muitos ex-combatentes da guerra colonial portuguesa têm-se encontrado associado à PTSD, sintomas de depressão, ansiedade e de psicopatologia em geral (Albuquerque, 1992). A PTSD só pode ocorrer se surgirem acontecimentos traumáticos, tais como os desastres acidentais, catástrofes naturais ou desastres que são provocados pelo homem como as guerras e a tortura. As desigualdades sociais, o desemprego, a luta pela sobrevivência, famílias em extrema pobreza, os roubos a mão armada, a violência doméstica e social, os abusos sexuais a menores e actualmente a crise económica que afecta o Mundo desenvolvido também têm influência nos países em vias de desenvolvimento. Assim sempre que ocorram situações stressantes e traumáticas, poderão aparecer indivíduos com PTSD.

Para que a PTSD se manifeste é necessário que ocorra um acontecimento de natureza traumática, no entanto, mesmo que tal aconteça, nem todas as pessoas que vivenciaram um acontecimento traumático manifestam sintomas de PTSD. Deste modo, parece que o acontecimento traumático é condição necessária mas não suficiente para desencadear a PTSD. Assim, os estudos realizados têm sido controversos e como tal sugerem que para além do acontecimento traumático, os factores da personalidade, os factores genéticos, os factores físicos e psicológicos e as estratégias de *coping* utilizadas pelo sujeito podem concorrer para o aparecimento do PTSD. Para além destes, também o tipo de rede social do sujeito contribuirá ou não para minimizar os efeitos do PTSD.

I.1. .2-OBJECTIVOS

I.2. Este trabalho tem como objectivo principal calcular taxa de prevalência de PTSD e identificar os acontecimentos traumáticos aos quais os trabalhadores da saúde em Benguela foram expostos. Ou seja, é importante para este estudo sabermos a taxa de ocorrência de PTSD na população Angolana que foi exposta a acontecimentos traumáticos em geral e estabelecer qual a proporção desta que ficou a sofrer de PTSD. Para além dos prováveis benefícios para o foro clínico, estes dados podem ainda trazer alguma luz aos debates actuais sobre certas diferenças psicológicas atribuídas ao sexo e contribuir ainda para uma melhor caracterização social das vítimas de trauma psicológico nos trabalhadores da saúde de Benguela.

I.3. Objectivos específicos

São objectivos específicos deste estudo: A. Quantificar e caracterizar as situações, acontecimentos traumáticos, identificadas como causa de PTSD. B. Avaliar a taxa de ocorrência de casos de PTSD presente no momento do estudo. C. Caracterizar variáveis sócio-demográficas relevantes dos indivíduos com PTSD.

3-MÉTODO

3.1-Amostra

O campo empírico da investigação escolhido exigiu um procedimento de amostragem aleatória simples composta por 250 participantes avaliados, distribuídos pelos centros de saúde Materno Infantil e Hospital Municipal de Benguela, com idade compreendida entre os 20 e 56 anos.

A amostra incluiu 99 (39,8%) indivíduos do sexo feminino e 151 (60,4%) do sexo masculino, pertencentes à faixa etária a cima descrita. Nesta selecção, o único critério de exclusão na pesquisa, foram os utentes com idade inferior a 20 anos e adultos com idade superior a 56 anos.

A recolha de dados foi realizada no Hospital Central, no Hospital Municipal e no Centro Materno Infantil de Benguela.

O ideal seria que todos os sujeitos fornecessem os dados necessários ao estudo e participassem no mesmo, voluntariamente, contudo, é preciso ter em conta que alguns dos sujeitos convidados não consentiram em participar no presente estudo ou não preencheram a totalidade dos dados.

Tabela 1- Valores descritivos da idade na amostra

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio
					Padrão
Idade	250	20	56	32,14	7,56

O quadro 1 apresenta o número de indivíduos participantes em que a idade mínima é de 20 anos e a máxima de 56 com idade média de 32,14 anos e com o desvio padrão de 7,56. Portanto, em termos de idade observamos boa dispersão.

Tabela 2- Frequências de sexos na amostra (n=250)

	Frequência	Percentagem
Feminino	99	39,6
Masculino	151	60,4

Quanto ao sexo observamos que 99 (39,6%) são do sexo feminino, com percentagem valida de 39,6% e com percentagem cumulativa de 39,6%, enquanto 151 são do sexo masculino, com uma percentagem valida de 60,4% e cumulativa de 100%. Analisando o quadro 2 podemos concluir que existe uma maior predominância de indivíduos do sexo masculino.

Tabela 3 Frequências de Estado Civil na amostra (n=100)

	Frequência	Percentagem
Solteiro	63	63,0
Casado	37	37,0

Conforme se pode concluir pela leitura da tabela, 63% são solteiros, ao passo que 37% são casados. Estes dados mostram que se regista maior frequência de indivíduos solteiros.

Tabela 4 Frequências face à Residência (n=100)

	Frequência	Percentagem
Benguela	91	91,0
Catumbela	1	1,0
Lobito	8	8,0

Analisando a tabela verificou-se que 91% residem em Benguela; 1% vive na Catumbela, e 8% dos inquiridos que responderam vivem no Lobito.

Tabela 5 Frequências face à província de Naturalidade (n=100)

	Frequência	Percentagem
Benguela	85	85,0
Huambo	8	8,0
K. Norte	1	1,0
K. Sul	1	1,0
Moxico	2	2,0
Porto Aboim	1	1,0
S. Tomé	1	1,0

Uíge	1	1,0
------	---	-----

Relativamente a naturalidade, é de notar 85,0% é natural de Benguela, 8% são naturais do Huambo, 2% do Moxico e 1% são naturais do Kwanza Norte, assim como do Kwanza Sul, Porto Aboim, Uíge e S- Tomé.

Tabela 6 Valores de frequências face à Profissão (n=100)

	Frequência	Percentagem
Administrativo	6	6,0
Analista	7	7,0
Enfermeiro	78	78,0
Estomatologia	1	1,0
Técnico Farmácia	4	4,0
Técnico RX	4	4,0

Descrição das tabelas a cima referenciadas

Este estudo incluiu 250 indivíduos. A distribuição real dos indivíduos, por região, aproximou-se da constituída *a priori* para o delineamento da amostra. A distribuição dos indivíduos por frequência de sexo foi de 99 indivíduos do sexo feminino, com uma percentagem de 39,6% e 151 indivíduos do sexo masculino com uma percentagem de 60,4%. A média de idades dos indivíduos em análise foi de 32,14 anos. A idade dos inquiridos variou entre os 20 e os 56 anos com o desvio padrão de 7,56. Na amostra inquirida, todos indivíduos eram activos profissionalmente e verificando-se que 78 eram enfermeiros, com a percentagem de 78,0%, analistas em nº de 7 com a percentagem de 7,0%, administrativos com nº de 6 com uma percentagem de 6,0%, técnicos de estomatologia com uma frequência de 1 e uma percentagem de 1,0%, técnicos com uma frequência de 4 e uma percentagem de 4,0%, técnicos de farmácia com uma frequência de 1 e uma percentagem de 1,0%, e técnicos de RX, com uma frequência de 4 e uma percentagem de 4,0%. Quanto ao estado civil, 63 são solteiros com uma percentagem de 63,0% e 37 são casados com uma percentagem de 37,0%, a residência com uma frequência de 91 para Benguela e uma percentagem de 91%, Catumbela com uma frequência de 1 e uma percentagem de 1,0%, Lobito com 8 de frequência e uma percentagem de 8,0%, a naturalidade com uma frequência de 85 para Benguela com uma percentagem de 85%, Huambo com uma frequência de 8 e uma percentagem de 8,0%, Moxico com 2 e uma percentagem de 2,0%, Kwanza-Norte com 1 e uma percentagem de 1,0%, Kwanza-Sul com 1 e uma percentagem de

1,0%,Porto-Amboim com 1 e uma percentagem de 1,0%,S.Tomé com uma percentagem de 1,0% Úige com 1 e uma percentagem de 1,0%.

A taxa de ocorrência de PTSD para a totalidade de vida foi de 97,6% na data da recolha de informação. Verificou-se uma predominância de PTSD no sexo feminino de 61,3% e o sexo masculino com 56,3%.

1.4. 3.2-Instrumentos utilizados

O protocolo de avaliação desenvolvido no âmbito deste trabalho de investigação é constituído por um questionário sócio - demográfico e dois instrumentos de avaliação, seleccionados com base nas variáveis que pretendemos avaliar e nas qualidades psicométricas de cada uma das escalas.

O questionário sócio - demográfico inicial abrange as questões relativas a idade, sexo, estado civil, naturalidade, habilitações literárias, profissão, se alguma vez recorreu a serviços de saúde mental e há quanto tempo.

Com o objetivo de avaliar a sintomatologia relacionada com o pós-stress traumático (PTSD), foram utilizados dois instrumentos de avaliação, nomeadamente a versão portuguesa do Impacto of Event Scale-Revist (IES-R, Weiss e Mamar, 1997,adaptada por Rocha et. Al.2006) constituída por 22 itens, respondidos através de uma escala de Likert de 0 a 4 e avalia a reacção traumática a um evento específico. O IES-R é constituído por quatro subescalas, sendo elas: Evasão/evitamento, Intusão, Hipervigilância e Embotamento Afectivo que avaliam sintomas como irritabilidade, agressividade, dificuldades de concentração, entre outras, permitindo assim avaliar o impacto de um evento traumático, e neste contexto específico o impacto traumático de PTSD; e um questionário de acontecimentos traumáticos de vida, constituídos por 25 itens.

1.5. 3.3-Procedimentos

Esta investigação iniciou com a elaboração de um protocolo de avaliação constituído com objectivo de avaliar a sintomatologia relacionada com o PTSD.

Com o objectivo de obter a autorização formal para a realização desta investigação foram iniciadas as formalidades necessárias ao pedido de autorização ao Hospital Municipal, Hospital

Geral e Centro Materno Infantil de Benguela. Após a autorização obtida e bem sucedida nestas instituições, procedeu-se ao contacto com os utentes, após a verificação dos critérios de inclusão e estes foram convidados a participar nesta investigação através de consentimento informado e, recorrendo ao questionário programado, procedeu-se a recolha de dados. Estes foram devidamente tratados numa base de dados e posteriormente analisados estatisticamente.

3.4 Análise de dados

A análise dos dados obtidos ao longo deste estudo permitiu, num primeiro momento, realizar a descrição da provável taxa de ocorrência de PTSD nos trabalhadores da saúde de Benguela. Foi realizada uma análise descritiva dos casos identificados, contextualizando os resultados obtidos numa perspectiva regional e sócio-demográfica, bem como a determinação de associações entre os grupos de variáveis em análise, nomeadamente entre a presença de PTSD e sintomatologia associada e as variáveis sócio-demográficas e regionais.

Para as variáveis descritas foram calculadas tabelas de distribuição de frequência. Para variáveis contínuas foram determinadas a média, desvio padrão, valores máximo e mínimo e coeficiente de variação.

Todos os cálculos e testes de associação entre variáveis ou grupos de indivíduos foram executados para um limiar de significância de 5%. Foram aplicadas análises de correlação de Person e teste qui-quadrado, de acordo com cada situação em análise.

Recorrendo à lista de acontecimentos traumáticos, separamos as respostas dos participantes de acordo com o sexo e verificamos a frequência de exposição de cada um dos eventos traumáticos por sexo e nos totais. E segundo o teste de qui-quadrado que identificou os acontecimentos cuja exposição tem efeitos significativos na ocorrência de PTSD. Segundo os acontecimentos por sexo constatou-se que a frequência para mulheres foi de 82,8 % e para homens com uma percentagem de 47,5 (totais de 68,43), Filho com problema de saúde grave, violência familiar com 57,9% para mulheres e 33,3% para homens com um total de 52,5%. **P, 01, *P, 05.

A prevalência de PTSD para os participantes que foram expostos a cada um dos acontecimentos de vida com PTSD, foi a catástrofe com 83,70% (n=36), acidente de automóvel, 80,00% (N=32), teve doença física ou mental grave 80,65%, (N=25), abuso sexual, 81,48%, (N=22), acusado

injustamente, 72,00%, (N-36), separado, 75,68% (N-28), negligenciado fisicamente, 79,31% (N-23), separado do filho, 76,67%, (N-23), filho com problema, 80,00%, (N-24).

**P, 05,e **P, 001 para qui-quadrado das frequência de entre os participantes que viveu o acontecimento de vida. Foi verificado que os participantes expostos aos acontecimentos de vida traumáticos, os que estiveram expostos a catástrofes, são aqueles que têm mais elevada prevalência de PTSD. Os acontecimentos que têm maior impacto em termos de PTSD, ou seja, os acontecimentos cuja exposição aumenta a frequência de PTSD de modo estatisticamente significativo são: abuso sexual, catástrofe, sofrer de doença física ou mental grave, acidente de automóvel, acusado injustamente, separação, negligenciado fisicamente, filho com problema de saúde e separação do filho contra sua vontade. Estes acontecimentos revelam ter mais efeitos nesta amostra. Este estudo demonstra que o PTSD é uma doença que ocorre com frequência nos países desenvolvidos e ainda mais naqueles menos desenvolvidos sobretudo no nosso país por consequências da guerra colonial e conflito armado pós independência que afectou e afectará gerações vindouras. As mulheres são as principais vítimas, em especial no final da adolescência e início da vida adulta, ainda que os homens sofram mais acontecimentos traumáticos.

4. Resultados

4.1-Prevalência de PTSD

Como se pode observar, verificou-se maior prevalência de participantes com PTSD na população avaliada.

Tabela 7 Prevalência de participantes com PTSD (n=244)

	Frequência	Percentagem
Sem PTSD	102	41,8
Com PTSD	142	58,2

Quanto à prevalência da PTSD calculada através do ponto de corte do IESR, ou seja, valores acima de 35 foram categorizados como tendo PTSD, verificou - se que cerca de 102 inqueridos

o que perfaz (40,8%) está sem PTSD, sendo 41,8 % de percentagem válida e cumulativa. Observou-se igualmente 142 (56,8 %) com perturbações do pós-stress traumático, com a percentagem válida de 58,2% sendo a percentagem cumulativa de 100%.

4.2-Prevalência de PTSD de acordo com o sexo

No sentido de calcular as prevalências de acordo com o sexo, os participantes foram divididos em dois grupos (homens e mulheres) e foi calculada a frequência de participantes com valores no IESR superior a 35 em cada um dos grupos.

Tabela 8 Prevalências de PTSD de acordo com o Sexo

	Sem PTSD		Com PTSD	
Feminino	36	38,7%	57	61,3%
Masculino	66	43,7%	85	56,3%

Como se pode observar na tabela 8, o sexo feminino tem 57 (61,3%) participantes com PTSD, ao passo que há 66 (43,7%) homens com PTSD.

B 4.3-Frequências de acontecimentos traumáticos por sexo e totais

Recorrendo à lista de acontecimentos traumáticos, separamos as respostas dos participantes de acordo com o sexo e verificámos a frequência de exposição de cada um dos eventos traumáticos por sexo e no total. Foi também realizado o teste de qui-quadrado que identificou os acontecimentos cuja exposição tem efeito significativo na ocorrência de PTSD.

Tabela 9...Frequência de acontecimentos traumáticos por sexo e totais

Acontecimento	Homem (%)		Mulher (%)		Total (%)	
	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
Catástrofe	50,0	50,0	44,8	55,2	47,0	53,0
Acidente automóvel	47,6	52,4	39,7	60,3	43,0	57,0
Difícil para família	54,8	45,2	72,4	27,6	65,0	35,0
Acusado injustamente	59,5	40,5	48,3	51,7	53,0	47,0
Pais separados	35,7	64,3	41,4	58,6	39,0	61,0
Separado	35,7	64,3	43,1	56,9	40,0	60,0

Problemas financeiros	71,4	28,6	55,2	44,8	62,0	38,0
Doença física ou mental	33,3	66,7	29,3	70,7	31,0	69,0
Abusado ou negligenciado	39,0	61,0	32,8	67,2	35,4	64,6
Negligenciado fisicamente	33,3	66,7	25,9	74,1	21,0	71,0
Abortou	0	100	48,3	51,7	28,0	72,0
Separação de filho	40,0	60,0	25,9	74,1	31,6	68,4
Filho com problema **	52,5	47,5	17,2	82,8	31,6	68,4
Tomar conta de doente	47,6	52,4	47,4	52,6	47,5	52,5
Morte repentina familiar	71,4	28,6	65,5	34,5	68,0	32,0
Violência familiar *	66,7	33,3	42,1	57,9	52,5	47,5
Assistiu assalto ou ataque	57,1	42,9	44,8	55,2	50,0	50,0
Atacado por desconhecido	42,9	57,1	37,9	62,1	40,0	60,0
Atacado por conhecido	40,5	59,5	15,5	84,5	26,0	74,0
Incomodado por comentários	45,2	54,8	28,1	71,9	35,4	64,6
Abuso sexual	41,5	58,5	19,0	81,0	28,3	71,7
Acontecimento a alguém próximo	75,6	24,4	63,2	36,8	68,4	31,6

*p <, 05 e **p <, 01 no teste qui-quadrado.

4.4-Prevalência de PTSD face a acontecimentos difíceis

Como se observa na tabela abaixo, verificamos grande prevalência de PTSD para os participantes que foram expostos a cada um dos acontecimentos de vida.

Tabela 10 Prevalência de PTSD para os participantes que foram expostos a cada um dos acontecimentos de vida

Exposto ao acontecimento	Com PTSD		Sem PTSD	
	n	%	n	%
Catástrofe	36	83,70	7	16,30
Acidente automóvel	32	80,00	8	20,00
Algo difícil para familiar	41	66,13	21	33,87
Acusado injustamente	36	72,00	14	28,00
Pais separados	25	71,43	10	28,57
Separado	28	75,68	9	24,32
Problemas financeiros	38	66,67	19	33,33

Teve doença física ou mental	25	80,65	6	19,35
Abusado ou negligenciado	25	71,43	10	28,57
Negligenciado fisicamente	23	79,31	6	20,69
Abortou	17	65,88	9	34,65
Separação de filho	23	76,67	7	23,33
Filho com problema *	24	80,00	6	20,00
Tomar conta de doente	32	69,57	14	30,43
Morte repentina familiar	39	60,00	26	40,00
Violência familiar	30	61,22	19	38,38
Assistiu assalto ou ataque	32	65,31	17	34,79
Atacado por desconhecido	24	63,16	14	37,84
Atacado por conhecido	14	53,85	12	47,15
Incomodado por comentários	21	61,76	13	38,44
Abuso sexual	22	81,48	5	18,52

*p, 05 e **, 001 para qui-quadrado das frequências de PTSD entre os participantes que viveram o acontecimento de vida e os participantes que não o viveram

Recorrendo aos participantes que foram expostos aos acontecimentos de vida traumáticos, verificamos na tabela 10 que aqueles que estiveram expostos a catástrofes são aqueles que têm mais elevada prevalência de PTSD. Os acontecimentos que têm maior impacto em termos de PTSD, ou seja, os acontecimentos cuja exposição aumenta a frequência de PTSD de modo estatisticamente significativo são: Abuso sexual, Catástrofe, Sofrer de doença física ou mental grave, Acidente automóvel, Acusado injustamente, Separação, Negligenciado fisicamente, Filho com problema de saúde e Separação do filho contra a sua vontade. Estes acontecimentos revelam ter mais efeito nesta amostra.

5-Discussão (conclusões, críticas e recomendações)

5.1 Discussão Dos Resultados

Primeiro procedemos a uma revisão bibliográfica para em seguida discutir os nossos resultados à luz das conclusões deste estudo.

Os primeiros estudos de prevalência na comunidade foram feitos nos EUA no final da década de 80 (Helzer et.al, 87 e Davidson et.al, 91), encontrando taxas de prevalência ao longo da vida, de

1% e 1,3% respectivamente, utilizando critérios operacionalizados do DSM-III-R (1987), apresentaram taxas de prevalências ao longo da vida mais elevadas, nomeadamente 12,3% (para as mulheres) e 6% (para os homens), (Breslau et.al, 91).

Segundo Kessler (1995), existem vários factores que podem explicar estas prevalências mais elevadas, como diferenças nos critérios de diagnósticos, nos procedimentos de avaliação e outras características das amostras, como por exemplo o anonimato das entrevistas e a idade dos entrevistados. Devido a estas diferenças, é difícil fazer comparações rigorosas entre resultados. Vou tentar comparar alguns com os estudos já existentes na área.

Os dados empíricos obtidos na presente investigação relativo ao tema: Epidemiologia da perturbação de pós-stress traumático (PTSD), sugerem uma discussão dos resultados em dois níveis essenciais:

A discussão dos resultados obtidos ao longo da investigação e da sua relevância;

A comparação dos mesmos com os dados descritos da bibliografia existente relativa ao tema.

Os dados relativos à ocorrência de experiências traumáticas e à prevalência da PTSD são, como em relação a outras perturbações muito variados e dependem grandemente quer da população estudada quer dos instrumentos utilizados. Atendendo à relação entre a vivência de situações extremamente traumáticas e o desenvolvimento de sintomas dissociativos, é frequente avaliar as vítimas de trauma com instrumentos específicos para esta perturbação. Não existe uma elaboração da experiência traumática. Ela não é incorporada ao *self*. O indivíduo com PTSD sente-se incapaz de actuar para evitar o trauma imaginário, que poderia acontecer a qualquer momento. Não confia em sua capacidade de actuar ou de decidir. Podemos formular que o processo mental para que um sujeito susceptível fique doente é causado por intensa experiência traumática. Esse indivíduo cria uma sensação persistente de um perigo imaginário e sente que ele é real. (Juliana Elena Ruiz, all. 2007).

Este estudo sendo o primeiro de género nesta área, tem como objectivo primordial, quantificar e caracterizar as situações identificadas como causa de PTSD, avaliar a taxa de ocorrência de casos de PTSD presente no momento do estudo e avaliar a taxa de ocorrência de PTSD em profissionais de saúde de Benguela. Estes profissionais tal como qualquer outro cidadão Angolano, estiveram expostos por muito tempo em guerra colonial e conflito armado pós independência colonial que deixou muitos Angolanos com sequelas e traumas psicológicos sem precedentes. Não obstante, a globalização trouxe também seus problemas. Durante o conflito armado pouco se ouviu falar de violações, violência doméstica e outros crimes susceptíveis de causar traumas psicológicos. Os profissionais para além da sua profissão ser agitada e stressante por natureza, enfrentam também os problemas resultantes da globalização. Até então em Angola

nunca se ouviu falar desta perturbação, pois que, não há estudos referenciados sobre o stress pós-traumático. Só nos últimos dias ou anos que se esta falando de Psicologia que ainda continua sendo um tabu para maioria das pessoas. Por falta de conhecimento nesta área, o estudo em si ou seja, a recolha de dados foi difícil.

A perturbação pós-stress traumática foi referenciada por Andreasen, 1985 e refere já em 1871, no American Journal of Medical sciences, observou e relatou distúrbios homogêneos em soldados que vinham da linha da frente de combate aquando da guerra civil americana. Da Costa (Jacob Mendes Da Costa foi um médico de Filadélfia descendentes de Judeus portugueses) verificou que estes soldados manifestavam distúrbios de ansiedade em consequência de factores de stress muito intensos durante os combates e, veio a baptizar esse distúrbio como a doença do coração irritável (irritable heart) visto que nos sintomas observados incluíam perturbações do funcionamento cardíaco. Foi em 1952, que surgiu pela primeira vez o conceito de perturbação pós-stress traumático (PTSD) no DSM-I, tendo posteriormente sofrido diversas alterações no decorrer do tempo até que se tornou reconhecido o síndrome, pela comunidade científica americana, vindo a ser incluído na terceira edição do DSM, em 1980 e posteriores. (Carlos Anunciação, 1997).

Segundo Kessler (1995), existem vários factores que podem explicar estas prevalências mais elevadas, como diferenças nos critérios de diagnósticos, nos procedimentos de avaliação e outras características das amostras, como por exemplo o anonimato das entrevistas e a idade dos entrevistados. Devido a estas diferenças, é difícil fazer comparações rigorosas entre resultados. No seu estudo epidemiológicos com 5877 indivíduos, entre os 15 e os 54 anos de idade, utilizando critérios operacionalizados do DSM-III-R, a prevalência de PTSD ao longo da vida foi de 7,8%, mais elevada nas mulheres (10,4%) que nos homens (5%), sendo os traumas mais comuns associados com PTSD, a exposição ao combate nos homens (38,8%) e a violação (45,9%) e o abuso físico (48,5%) nas mulheres. Confirmou também a maior prevalência nos previamente casados (separados, divorciados e viúvos) do que nos casados e que mais homens (60%) do que nas mulheres (51%) declararam pelo menos uma situação traumática,

Apontou ainda para a severa comorbilidade com outras perturbações mentais e o seu curso crónico em cerca de um em cada três casos de PTSD. Chamou-se assim a atenção para o facto de que a prevalência encontrada é maior do que previamente se pensava e o seu curso é com frequência persistente.

Outro estudo (Solomon, 1997), estima que aproximadamente um terço da população estará exposta a um trauma severo, durante a vida e como se calcula que entre 10% a 20% irão desenvolver PTSD, a estimativa para a população geral oscilará os 3% e os 6% (Zohar, 1998), ainda que muitos não sejam diagnosticados e consequentemente não sejam tratados. Morris (1992), encontrou dois terços dos inquiridos que tinham experimentado pelo menos um em dez traumas da sua lista, ao longo da vida e que pelo menos um em cinco dos expostos o tinha sido

no último ano. No que respeita ao Assalto sexual estes dados são consistentes com os encontrados em estudos prévios, revistos por Mareh (1992) e por Kilpratick (1992). No entanto, outros estudos como os de Finkelhor et.al, 1990 e Resnick et.al, 1993, apontam para taxas mais elevadas para o Assalto sexual do que para qualquer outra situação traumática.

As investigações que apresentamos neste trabalho têm óbvias implicações para o exercício laboral dos profissionais da saúde em Benguela e não só, quer a nível da necessidade de avaliação da história de trauma e PTSD em contextos de cuidados dos profissionais de saúde, quer a nível da necessidade de intervenção. A literatura também descreve a PTSD *complexa* na qual a severidade dos sintomas surge em paralelo com o grau de abuso infantil (Dickinson, 1998). Este tema tem vindo a ser cada vez mais objecto de estudo (Butterfield et al. 2002), pois além dos sintomas nucleares da PTSD, a parecem sintomas somáticos, dissociativos e de grave instabilidade afectiva, tornando estas pessoas mais vulneráveis a serem vítimas de novos traumas ou de auto-mutilação. A sua importância foi sublinhada pela sua escolha como tema central do último Congresso Internacional de stress Traumático, realizado em Baltimore, em 2002, e pelos que advogam um novo diagnóstico para a PTSD complexa ou Perturbação de Stress Extremo não especificada (DESNOS). As consequências imediatas da violação, são as de que 95% das vítimas desenvolvem PTSD (mais nos homens do que nas mulheres) e que três meses após a violação, cerca de 50% mantêm os critérios de diagnósticos (Foa, Riggs, 1995) Como o DSM-IV aumentou o número de experiências traumáticas que podem determinar a PTSD (como por exemplo a morte súbita de um familiar ou amigo íntimo), Breslau et.al, (1998), foram os primeiros, e tanto quanto é do nosso conhecimento os únicos até agora, a publicarem resultados de um estudo epidemiológico comunitário que avaliou a exposição ao trauma utilizando os critérios do DSM-IV e encontraram quase 90% dos inquiridos a referirem exposição a pelo menos uma situação traumática. De acordo com os seus resultados, 37% dos inquiridos tinham experimentado violência traumática (violação, tortura ou combate) 59,8% tinham experimentado outros traumas acidentais (acidentes, desastres naturais ou testemunho de situações traumáticas), 60% experimentaram a morte súbita de um familiar ou amigo íntimo, 62,4% viveram a experiência traumática sofrida por uma pessoa amada (por ex. violação de filha, acidente grave de viação). Breslau afirma ainda que o maior risco de desenvolvimento de PTSD, na vida civil, está associado com a violação (48%), seguindo-se o ser assaltado com gravidade (31%) e outros tipos de assalto sexual (23,7%). No seu estudo, 205 de uma amostra heterogenia de vítimas de crimes violentos desenvolveram PTSD, o que não difere muito do que mostraram estudos feitos noutros países desenvolvidos. Por exemplo, Shalev et al (1998), verificou em Israel que 29,9% de uma amostra heterogenia de vítimas de crimes, desenvolveram PTSD. Na República da Irlanda, Conlon et.al (1999), verificou que 9% das vítimas de acidentes de viação posteriormente desenvolvem PTSD, o que corresponde ao risco de 7,5 de PTSD encontrado entre vítimas de acidentes nos EUA (Kessler et.al, 1995). Kessler (2000) sugere que

o risco de desenvolver PTSD é maior nos países menos desenvolvidos, bem como nos cerca de 100 países actualmente envolvidos em violência de raiz política, étnica ou religiosa, onde uma larga proporção da população foi exposta a actos de terror, abuso sexual, tortura, guerra e deslocação forçada, como são exemplos actuais a Bósnia e o Iraque e, mais significativos para nós a Guiné, Angola, Moçambique e Timor. É difícil avaliar a dimensão do problema nestes países por não haver estudos epidemiológicos nesta área. Por esta razão, a busca de bibliografia em Angola deste tema tornou-se difícil ou quase impossível por não haver nada escrito a respeito do tema. Estudos feitos com refugiados (Mollica et.al, 1987,Weine et.al, 1995 e Thabet, 1999) mostrem que, por exemplo, 65% dos refugiados bósnios nos EUA e 72,8% das crianças palestinas expostas à guerra, sofrem de PTSD. As populações Africanas são as principais vítimas desta epidemiologia para além de serem vítimas da miséria, guerra e da extrema penúria não foi feito estudos nesta área para descobrir a existência da PTSD no meio Angolano. O impacto social desta perturbação emocional é enorme, até ao nível da própria capacidade produtiva dos cidadãos, sendo que o processo de cura se vai prolongar por gerações. Alguns estudos (por ex, Stein et.al, 1997), têm vindo a chamar a atenção para a importância relativa, de acordo com o DSM-IV, do diagnóstico de PTSD complexa (todos os sintomas), sendo a prevalência da complexa maior nos homens que nas mulheres. De realçar que esses estudos mostram que mesmo a parcial provoca um impacto considerável nos seus portadores (ainda que menos que a complexa), nomeadamente por interferência com o funcionamento familiar e social. A exposição prévia a outros traumas, especialmente na infância, pode aumentar o impacto traumas subsequente e aumentar o risco de desenvolver PTSD (Kulka et al, 1990 e Breslau et.al, 1999). O estudo de Davidson et.al (1991), numa comunidade americana, mostrou que a PTSD estava associada a uma maior comorbidade psiquiátrica, hipertensão, tentativas de suicídio, maior frequência de asma brônquica, úlcera péptica e deficiente apoio social (por exemplo os doentes com PTSD tinham 15 vezes mais tentativas de suicídio que o grupo sem PTSD).

5.2 Conclusões

Após esta revisão bibliográfica, propomos as seguintes conclusões:

- Os estudos revistos apesar de sofrerem algumas limitações metodológicas, demonstrarem assim que a PTSD é uma doença que ocorre com frequência nos países desenvolvidos e ainda mais naqueles menos desenvolvidos, afectando em média um em doze indivíduos, com as mulheres a terem um maior risco, em especial no final da adolescência e início da idade adulta ainda que os homens sofram mais acontecimentos traumáticos;

- A sua duração é com frequência prolongada, até vários anos (Breslau, 2001), apresentando recorrências relacionadas com a exposição a novos traumas e causando um impacto pessoal, familiar, laboral e social, comparável, se não superior, às outras perturbações mentais (Kessler, 2000), nomeadamente por diminuição do potencial de realização pessoal em termos de educação, casamento, emprego e actividades do dia-a-dia;
- No entanto, apenas uma percentagem dos expostos ao trauma irão desenvolver PTSD, entre 9% a 65% (Hidalgo e Davidson, 2000), dependendo em primeiro lugar dos factores intrínsecos à natureza da situação traumática (severidade, duração e proximidade) e secundariamente dos factores adicionais de risco ou de protecção, (biogénéticos, consumo de tóxicos, história previa pessoal e familiar, personalidade, treino específico, ambiente sócio-familiar, económico e cultural);
- Indivíduos expostos ao combate ou vítimas de violência sexual podem desenvolver ainda mais perturbações psicológicas e da sua saúde em geral e também de mais prolongado, exigindo assim mais cuidados por parte dos profissionais de saúde, nomeadamente da clínica geral (Hidalgo e Davidson, 2000), pois muitos destes doentes preferem essa ajuda à dos cuidados de saúde mental;
- Esta população apresenta um índice elevado de psicopatologia com fortes custos sociais, pelo que se justifica uma atitude pró-activa, tanto por razões do seu sofrimento, como por razões de custo, na sua detecção precoce e no seu tratamento eficaz, antes da sua chegada usualmente tardia aos sistemas de saúde e de assistência social.

Para quantificar e caracterizar as situações identificadas como causa de PTSD, avaliar a taxa de ocorrência de casos de PTSD presente no momento do estudo e avaliar a taxa de ocorrência de PTSD em profissionais de saúde de Benguela, considerou-se uma amostra representativa da população dos profissionais de saúde de Benguela, de acordo com amostras definidas com base na população residente, com idade igual ou superior a 20 anos. Os critérios utilizados para classificar os indivíduos como tendo PTSD, operacionalizados a partir do DSM-IV, relacionam a existência de acontecimentos traumáticos com a sintomatologia a estes associada, bem como a sua repercussão na vida diária do indivíduo. Foi utilizada uma amostra de 250 participantes, com idade compreendida entre os 20 e 56 anos.

A amostra incluiu 99 (39,8%) indivíduos do sexo feminino e 151 (60,4%) do sexo masculino, pertencentes à faixa etária a cima descrita. Nesta selecção, o único critério de exclusão na pesquisa, foram os utentes com idade inferior a 20 anos e adultos com idade superior a 56 anos

No que diz respeito ao estado civil 63 (25,2%) são solteiros, 37 (14,8%) são casados.

Quanto a residência 91 (36,4) residem em Benguela, 8 (3,2%) vem no Lobito e 1 (, 4%) na Catumbela.

Relativamente a naturalidade, os participantes são provenientes de diversas partes do País, com maior destaque para Benguela 85 (35,0%) e do Huambo 8 (3,2%).

A escolaridade vai desde à 6ª a 9ª classe 14 (5,4%), 10 a 12ª classe 70 (28,0%) e 14 (5,6%) mais da 12ª classe.

Os participantes estão distribuídos em 78 (31,2%) enfermeiros, 7 (2,8%) analistas de laboratório, 6 (2,4%) administrativos, 4 (1,6%) técnicos de farmácia, 4 (1,6%) técnicos de Rx e 1 (, 4%) técnicos de estomatologia.

A taxa de ocorrência de PTSD foi determinada de acordo com as respostas afirmativas às perguntas de sintomatologia (quatro ou mais respostas afirmativas) com três respostas positivas nas questões sobre o impacto da situação na vida diária do indivíduo. Deste modo, segundo os dados deste estudo, a taxa de ocorrência de PTSD, nos profissionais de saúde de Benguela ao longo da vida, quanto a prevalência, valores acima de 35 foram categorizados como tendo a PTSD. Verificou-se cerca de 102 inqueridos o que perfaz 40,8% esta sem PTSD, sendo 41,8% de percentagem válida e cumulativa. Observou-se igualmente 142 (56,8%), com PTSD com uma percentagem válida de 58,2% sendo a cumulativa de 100% (tabela 7). Quanto ao sexo, foi calculada a frequência no IESR superior a 35 em cada grupo, o sexo feminino 57 (61,3%) participantes com PTSD, ao passo que há 66 (43,7%) homens com PTSD (tabela 8). Estes resultados, são de grande importância dada a ocorrência de PTSD ao longo da vida dos profissionais de saúde de Benguela, sendo uma província pertencente a país em vias de desenvolvimento e que foi assolada por uma guerra colonial de mais de 500 anos e um conflito armado que destruiu não só vidas humanas como também a sua esperança de vida, assim como consequências psicológicas incalculáveis tal como demonstra este estudo representativo da população em questão. Relativamente à taxa de ocorrência de PTSD, por acontecimentos de vida com maior impacto, ou seja, cuja exposição aumenta a frequência de PTSD de modo estatisticamente significativos são: abuso sexual com 81,48%, catástrofe 83,70%, sofrer de doença física ou mental grave 80,65%, acidente de automóvel 80,00%, separação 75,43%, acusado injustamente 72,00%, negligenciado fisicamente 79,31%, filho com problema de saúde 80,00% e separação do filho contra a sua vontade 76,67%. Se compararmos estes resultados com os estudos referenciados por Breslau et al, (1998), o único estudo operacionalizado a partir do DSM-IV, feito nos EUA, verificamos que os nossos resultados, podem ser comparados aos já existentes do mesmo tema. É de referir que, apesar de não precisar números no momento deste estudo, temos um elevado índice de acidentes de viação, abuso sexual a menores, violência doméstica e também um índice considerável de suicídio, isto reportado pelos meios de comunicação social diariamente. Estes acontecimentos todos, fazem com que a população Angolana carregue consigo, ao longo da vida graves problemas psicológicos que até então não se pensava existirem nestes países em vias de desenvolvimento. Quanto aos indivíduos classificados como tendo PTSD, registou-se uma predominância desta patologia no sexo

feminino, com taxas 61,3% para as mulheres e de 43,7% para os homens. Em termos de números de participantes, dos 250 inqueridos, verifica-se uma grande diferença. Nas mulheres, 36 (38,7%) sem PTSD e 57 (61,3%) com PTSD, ao passo que dos 151 homens inqueridos 66 (43,7%) sem PTSD e 85 (56,3%) com PTSD. Constatamos que na realidade temos um índice elevado de ocorrência de PTSD, num total de 41,8% sem PTSD e 58,2% com PTSD, num total dos 250 participantes no estudo de ambos os sexos. Globalmente, 250 situações (142 indivíduos) foram causa de PTSD. O impacto dos sintomas associados às situações que causaram PTSD, na vida diária dos inqueridos, foi critério determinante na avaliação de PTSD, interferindo assim intensamente nas actividades e relações do dia-a-dia dos indivíduos com PTSD. Os dados encontrados, apontam para uma maior vulnerabilidade do sexo feminino para o desenvolvimento de PTSD, perante situações traumáticas que envolvam violência.

5.3 Críticas e recomendações

No seu conjunto, os resultados deste estudo são semelhantes aos encontrados em estudos epidemiológicos realizados noutros países desenvolvidos.

São várias as limitações deste estudo que se colocam:

- 1-É o primeiro estudo epidemiológico realizado nesta área.
- 2- Apesar do inquerido ter sido realizado por orientação de uma pessoa perita na área, a recolha dos dados foi feita sem a presença do mesmo orientador e com grandes dificuldades por parte dos inqueridos por serem primeiros questionários do género na área de psicologia clínica.
- 3- Houve grades dificuldades na bibliografia para o desenvolvimento do tema. Os nossos resultados em relação à PTSD devem ser considerados como indicativos de PTSD, apesar de terem sido feitos com recolha de dados padronizados.
- 4- Estando no início a área de psicologia na cidade de Benguela ou mesmo em Angola e por até então, estes doentes serem tratados como portadores apenas de uma patologia de fórum clínico, seria bom que os profissionais desta área, tratassem o utente como um ser Biopsicosocial para

ser avaliado de uma forma multidisciplinar. Assim diminuiria certamente a frequência de erros de diagnósticos e menos custos no tratamento quando este for bem direccionado.

A PTSD é uma perturbação que, por definição, tem um acontecimento traumático associado ao seu início. Assim a PTSD pode servir de exemplo da interacção entre factores internos e externos que dialecticamente contribuem para o desenvolvimento de uma doença muita vez incapacitante, causadora de intenso sofrimento pessoal, familiar e social e frequentemente de longo curso (Albuquerque et al, 2003).

O recente relatório da OMS sobre a violência (2003), aponta para mais de 1,6 milhões de mortes violentas por ano, em que o suicídio representa metade, o homicídio perto de um terço e os conflitos militares um quinto, aposta na prevenção e recomenda a elaboração de planos nacionais de prevenção da violência, o que obriga cada país a melhorar a colheita de dados e apoiar a investigação sobre as causas, as consequências e os custos da violência, de forma a definir melhor as prioridades no contexto de cada região (Albuquerque e tal, 2003). Este estudo foi realizado com muitas dificuldades, espero que o mesmo venha a contribuir para alguma coisa nesta área do saber.

5.4 Bibliografia

- Afonso De Albuquerque, Catarina Soares, Paula Martins de Jesus, Catarina Alves, 2003: Perturbação Pós-Traumática Do Stress (PTSD), Avaliação da taxa de ocorrência na População adulta Portuguesa;
- American Journal of Medical Sciences, (1871);
- American Psychiatric Association (APA). Diagnostic and Statistic manual of mental disorders. Washington, 1980;
- Ângela Costa Maia e Eugénia Fernandes, 2003:Epidemiologia da Perturbação Pós-Stress Traumático (PTSD) e Avaliação Da Resposta Ao Trauma;
- Albuquerque, A, Fernandes A, Saraiva E, Lopes, F: Perturbação pós-traumática do Stress em combatentes da guerra colonial. Revista de Psicologia Militar 1992;
- Ballone G. J-A Relatividade do conceito de trauma- in. Psyqweb, Internet, -revisto em 2002
- Breslau N: Epidemiology of trauma and Post-traumatic Disorder in yehuda R, ed Washinton, DC: American Psychiatric Press, 1998;
- Breslau n, Davis GC, Andreski p, Perterson E: traumatic events and posttraumatic stress disorder in urbn population of young adults; Arch Gen Psychiatry 1991;
- Breslau n, Davis GC, Andreski p, Perterson E: traumatic events and posttraumatic stress disorder in urbn population of young adults; RISK factors for chronicity. American journal of psychiatry, 1992;
- Breslau n, Davis GC, Andreski p, Perterson E: traumatic events and posttraumatic stress disorder in urbn population of young adults; RISK factors for chronicity. American journal of psychiatry, 1999;
- Breslau n, Davis GC, Andreski p, Perterson E: traumatic events and posttraumatic stress disorder in urbn population of young adults; RISK factors for chronicity. American journal of psychiatry, 2001;
- Carlos Anunciação, 1995: perturbação pós-stress traumático em ex-combatentes da guerra colonial;
- Canlon, et. al. R: PTSD in ambulant RTA victims; a randomized controlled trial of debriefing. J Psychoson Res; 1999
- Cross, Herbert J. (1990). Social Factors Associated with Post-traumatic Stress Disorder in Vietnam Veterans. In Meek, Carroll, Ed. Post-traumatic stress disorder. Assessment, differential diagnosis, and forensic evaluation. Sarasota. Professional Resource Exchange;
- Cannon, W. R. (1920), Bodily changers in pain, fear and rage (2ª edition), New York: Appleton;
- Davidson, L. M.; Weiss, L., O Keffe, M. & Baum, A. (1991): Acute stressors and cronic at Three Mile Island, Journal of Traumatic Stress;

Dickinson LM, Degruy Fv 3RD, Dickinson WP, and Candib LM: complex posttraumatic stress disorder: evidence from the primary care setting. *Gen Hosp Psychiatry* 1998;

Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais, DSM-III (1980)

Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais, DSM-III-R (1997)

Manual of the American Psychological Association, DSM-IV E APA (1994)

Dickinson I.M. Degruy fv 3RD Dickinson wp, Candb I.M. Complex posttraumatic stress disorder: evidence from the primary care setting *gen hosp psychiatry* 1998; 20 (4): 214-24

Finkel D, Hotaling G, Lewis IA, Smit c, Sexual abuse in a national survey of adult men and prevalence, 1990,

Freud, S. A. Etiologia da História. In: Edição Standart Brasileira das obras completas. Rio de Janeiro: Imago; 1920

Filgueira Bouza, M. (1993). Transtorno por stress pós-traumático. Siso/saúde: Boletín da Asociación Galega de Saúde Mental;

Foa e Riggs, DS, Gershuny BS: DISORDER FOLLOWING ASSULT: Theoretical considerations and empirical findings. *Acaurrent Directions Psychologic Sci.* 1995;

Horowitz, M, (1975), Intusive and repetitive thoughts stress, *Archive of General Psychiatry*;

Helger et. al, Post-traumatic stress disoeder in general population. Findings of the epidemiologic catchment area survey. *N Engl j Med* 1987;

Hidalgo et. al. Postraumatic stress disorder: epidemiology and heath-related considerations. *J clin psychiatry* 2000;

Kessler et. al, posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity survey. *Arch Psychiatry* 1995

Kessler, et. Al. posttraumatic stress disorder in the National Co morbidity survey. *Arch Psychiatry* 2000;

Kulka et. Al. Trauma and the Vietnam war generation: Report of findngs from the National Vietnam Veterns Adjustment Study. New York: Brunner/ Mazel 1990;

Josef et. Al. Understanding pos-traumatic Stress: A Psychosocial Perspective on PTSD and treatment. Chichester: John Wiley & Sons 1997;

Juliana Elena Ruiz , all. 2007

IER-S, Weiss e Mamar, 1997, adaptado por Rocha et. al. 2006

Norris, Epidemiology of trauma: Frequency and impacto f different potentially traumatic events on different demographic groups. *Journal of consulting and Psychology* 1992;

Moreh, et. al. 1992

Norris et. al. Cultural influences in psychotherapy with refugee survivors of torture and trauma. *Hosp community psychiatry* 1997;

Perturbação pós-traumática do stress em combatentes da Guerra colonial. *Revista de Psicologia Militar* 1992;

Parson, Erwin R. (1988). Post-traumatic Self Disorders. In Wilson, John; et. al. Eds. Human adaptation to extreme stress. New York. Plenum Press;

Resnick, et. Al. 1993

Salomon, et. al. Prevalence, impairment, service use and cost. J clin Psychiatry 1997;

Selye, H, The stress of life Guilford Press 1936;

Shalev, et. al. Prospective study of posttraumatic stress disorder and depression following trauma. Am j psychiatry 1998;

Thabet AA, Vostanis p: post-traumatic stress reactions in children of war. J child psycho psychiatry 1999;

Weine, et. al. Psychiatric consequence of ethnic cleansing: clinical assessments and trauma testimonies of newly resettled Bosnian refugees. Am j Psychiatry 1995;

Zohar, et. al. Current Diagnostic and Epidemiological Insights in PTSD. The int j of Neuropsych Med 1998;

Anexos

Anexo I

À

Diretora Geral do Hospital

Municipal de Benguela

Benguela

Assunto: Autorização para aplicação de questionário aos utentes do Hospital Municipal de Benguela.

No âmbito da realização de uma investigação sobre Perturbação pós-stresse traumático, inserida no meu próprio projeto de mestrado, orientado pelo Professor Doutor José Carlos Rocha e integrada na UNIPSA, do Instituto Superior das Ciências da Saúde do norte.

Venho por este meio solicitar a V. Exa. se digne autorizar a aplicação dos respectivos questionários em anexo aos utentes do Hospital Municipal de Benguela. As respostas dadas serão tratadas num registo confidencial e respeitando os mais legados padrões de ética na investigação em Psicologia tendo em vista os objetivos centrais de trabalho de mestrado.

A Solicitante

Ana Dulo

Benguela, ao 24 de Novembro de 2010

Anexo II -TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Atualmente, apesar de se verificar um aumento de investigações sobre o trauma, existe ainda um grande vazio no que se refere à situação em Angola. Como tentativa de diminuir essa falta, esta investigação tem como principal objetivo, avaliar e conhecer a nossa realidade. Para tal, é pedido o preenchimento dos questionários anexados a este termo. Todos os dados recolhidos através dos questionários são confidenciais, não podendo ser usados para outros fins. Mais se informa que poderá desistir de participar, sem qualquer risco, bastando para isso que contacte a investigadora.

Assim, após ser devidamente informado(a) sobre os objetivos e protocolo de investigação, declaro que aceitei de livre vontade fazer parte do estudo que está a ser realizado para o mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, CESPU.

(Rúbrica)

Obrigado pela sua colaboração

Anexo III - questionário sociodemográfico

Este questionário refere-se ao trauma, ou seja, um acontecimento que envolveu ameaça de morte ou ferimento grave ou ameaça à integridade física do próprio ou de outros.

Identificação

Idade: _____ Sexo: _____ Estado Civil: _____

Naturalidade: _____ Residência: _____ Habilitações Literárias:

Profissão: _____

Alguma vez recorreu a serviço de saúde mental? ☐ Sim; ☐ Não.

Há quanto tempo?----- (aproximadamente); motivo?-----

L. S. C. – R.

(Wolfe et al, 1996; versão portuguesa Antunes, Resende & Maia 2007)

Abaixo encontra-se uma lista de acontecimentos que podem ter acontecido consigo em algum momento da sua vida.

Por favor Anexo IV- Questionário de acontecimentos **traumáticos vivenciados ao longo** da vida

indique os acontecimentos que aconteceram consigo nos últimos 5 anos.

1- Alguma vez esteve envolvido num desastre natural ou acontecimento grave (por exemplo um terramoto intenso, furacão, incêndio ou explosão)?	Sim ____ Não ____
2- Alguma vez viu um acidente grave (por exemplo num acidente de automóvel grave ou um acidente de trabalho)?	Sim ____ Não ____
3- Alguma vez teve um acidente grave ou sofreu uma lesão relacionada com um acidente de automóvel?	Sim ____ Não ____
4- Algum membro da sua família chegada já esteve preso?	Sim ____ Não ____
5- Alguma vez esteve preso?	Sim ____ Não ____
6- Alguma vez foi acolhido por uma família de acolhimento ou colocado para adopção?	Sim ____ Não ____
7- Os seus pais separaram-se ou divorciaram-se enquanto vivia com eles?	Sim ____ Não ____
8- Alguma vez se separou ou divorciou?	Sim ____ Não ____
9- Alguma vez passou por problemas financeiros graves (por exemplo não ter dinheiro suficiente para comida ou um lugar para viver)?	Sim ____ Não ____
10- Alguma vez teve uma doença física ou mental grave (por exemplo cancro, ataque cardíaco, cirurgia séria, vontade de se matar ou hospitalização devida a problemas de nervos severos)?	Sim ____ Não ____
11- Alguma vez foi emocionalmente abusado ou negligenciado (por exemplo ser frequentemente ridicularizado, embaraçado, ignorado ou lhe disseram repetidamente que “não prestava”)?	Sim ____ Não ____
12- Alguma vez foi fisicamente negligenciado (por exemplo não ser alimentado, vestido correctamente ou deixado a tomar conta de si	Sim ____ Não ____

próprio quando era demasiado novo ou estava doente)?	
13- SÓ PARA MULHERES: Alguma vez fez um aborto ou abortou espontaneamente (perdeu o bebé)?	Sim ____ Não ____
14- Alguma vez foi separado do seu filho contra a sua vontade (por exemplo perdeu a sua custódia ou direito a visita ou ele foi raptado)?	Sim ____ Não ____
15- Alguma vez um filho seu teve um problema físico ou mental grave (por exemplo atraso mental, defeitos de nascença, impossibilidade de ouvir, ver ou andar)?	Sim ____ Não ____
16- Alguma vez ficou responsável por tomar conta de alguém próximo (que não fosse seu filho) que tinha um problema físico ou mental grave (por exemplo cancro, trombose, Alzheimer, demência, Sida, vontade de se matar, hospitalização devida a problemas de nervos ou impossibilidade de ouvir, ver ou andar)?	Sim ____ Não ____
17- Alguma vez alguém da sua família chegada ou amigo próximo morreu repentina ou inesperadamente (por exemplo num acidente, ataque cardíaco súbito, homicídio ou suicídio)?	Sim ____ Não ____
18- Alguma vez alguém da sua família chegada ou amigo próximo morreu (sem contar com os que morreram de repente ou inesperadamente)?	Sim ____ Não ____
19- Quando era novo (antes dos 16 anos), alguma vez assistiu a violência entre os membros da sua família (por exemplo dar pancadas, pontapés, bofetadas ou socos)?	Sim ____ Não ____
20- Alguma vez assistiu a um assalto ou ataque?	Sim ____ Não ____
21- Alguma vez foi assaltado ou atacado fisicamente (não sexualmente) por alguém que não conhecia?	Sim ____ Não ____
22- <i>Antes dos 16 anos:</i> Alguma vez foi abusado (não sexualmente) ou atacado fisicamente (espancado, esbofeteado, estrangulado, queimado ou lhe deram uma sova) por alguém que conhecia (por exemplo por um dos pais, namorado ou cônjuge)?	Sim ____ Não ____
23- <i>Depois dos 16 anos:</i> Alguma vez foi abusado (não sexualmente) ou atacado fisicamente (espancado, esbofeteado, estrangulado, queimado ou lhe deram uma sova) por alguém que conhecia (por exemplo por um dos pais, namorado ou cônjuge)?	Sim ____ Não ____
24- Alguma vez foi aborrecido ou incomodado por comentários, piadas ou pedidos de favores sexuais por alguém do seu trabalho ou escola (por exemplo um colega de trabalho, o chefe, um cliente, outro aluno ou um professor)?	Sim ____ Não ____

25- <i>Antes dos 16 anos:</i> Alguma vez lhe <u>tocaram</u> ou <u>tocou em alguém</u> de uma forma sexualizada porque o forçaram ou ameaçaram magoá-lo se não o fizesse?	Sim ____ Não ____
26- <i>Depois dos 16 anos:</i> Alguma vez lhe <u>tocaram</u> ou <u>tocou em alguém</u> de uma forma sexualizada porque o forçaram ou ameaçaram magoá-lo se não o fizesse?	Sim ____ Não ____
27- <i>Antes dos 16 anos:</i> Alguma vez teve uma relação sexual (oral, anal ou genital) contra a sua vontade porque alguém o forçou ou ameaçou magoá-lo se não o fizesse?	Sim ____ Não ____
28- <i>Depois dos 16 anos:</i> Alguma vez teve uma relação sexual (oral, anal ou genital) contra a sua vontade porque alguém o forçou ou ameaçou magoá-lo se não o fizesse?	Sim ____ Não ____
29- Há outros acontecimentos que não tenhamos incluído que gostaria de mencionar? _____ _____	Qual? _____ -
30- Alguma vez algum dos acontecimentos aqui referidos que tenha acontecido a alguém próximo de si o perturbou gravemente mesmo sem ter assistido?	Sim ____ Não ____

Selecione qual o acontecimento que foi para si mais perturbador (indique, por favor, o nº do item a que se refere e descreva-o brevemente).

Afirmação Nº _____

<p>Anexo V -Escala de Impacto de um Evento-Revista.</p> <p>IES – R (WEISS & MARMAR,1997, ADAPTADA POR ROCHA ET. AL, 2006)</p> <p>A seguir encontra-se uma lista de dificuldades que são sentidas, por vezes pelas pessoas após acontecimentos de vida difíceis. Por favor, leia cada um dos itens e indique com um círculo, a resposta que melhor descreve como se sente em relação a uma situação em específico</p>	Nunca	Um pouco	Moderadamente	Muitas vezes	Extremamente
1. Qualquer lembrança traz consigo sentimentos sobre o que aconteceu					
2. Tive dificuldades em dormir continuamente.					
3. Outras coisas continuam a fazer-me pensar sobre o que aconteceu.					
4. Senti-me irritada(o) ou zangada(o)					
5. Evitei ficar perturbada (o) quando pensava ou me lembrava disso.					
6. Pensei sobre o que aconteceu quando não o desejava.					
7. Senti como se não tivesse acontecido ou que não era real.					
8. Afastei-me de coisas que me lembravam o suicídio					
9. Surgiram-me imagens do que aconteceu.					
10. Estive agitada(o) e assustava-me facilmente.					
11. Tentei não pensar sobre isso.					
12. Eu percebi que ainda tinha muitos sentimentos sobre o que aconteceu mas não os suportava					

13. Os meus sentimentos sobre isso estavam como que paralisados.					
14. Dei comigo a agir ou a sentir como se estivesse nos momentos em que aquilo					
15. Tive dificuldades em adormecer					
16. Tive momentos de emoções intensas sobre o que aconteceu					
17. Tentei apagar da minha memória o que aconteceu.					
18. Tive dificuldades em concentrar-me.					
19. As recordações do que aconteceu causaram-me sensações físicas como suores, dificuldade em respirar, náusea ou aperto no coração					
20. Sonhei sobre o que aconteceu.					
21. Senti-me defensivo ou em alerta.					
22. Tentei não falar sobre o que aconteceu.					